



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

FRANCISCO JOSÉ ALMEIDA REBELO

***O IMPACTO DE FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS,
CLÍNICOS E HÁBITOS TOXICOLÓGICOS SOBRE A
SATISFAÇÃO SEXUAL DO DOENTE COM DIABETES
MELLITUS TIPO 2***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:
PROFESSOR DOUTOR JOSÉ AUGUSTO RODRIGUES SIMÕES
DR. PEDRO AUGUSTO SIMÕES

MARÇO 2018

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

**O IMPACTO DE FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS,
CLÍNICOS E HÁBITOS TOXICOLÓGICOS SOBRE A
SATISFAÇÃO SEXUAL DO DOENTE COM
DIABETES *MELLITUS* TIPO 2**

Investigadores:

Francisco José Almeida Rebelo ¹

Professor Doutor José Augusto Simões ^{1,2}

Dr. Pedro Augusto Simões ³

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

² USCP da Mealhada

³ USF Pulsar

E-mail: franciscoalmeidarebelo@gmail.com

Índice

Abreviaturas.....	5
Resumo.....	6
Abstract.....	8
Introdução.....	10
Materiais e Métodos.....	12
Resultados.....	14
Discussão.....	20
Conclusão.....	26
Agradecimentos.....	27
Referências Bibliográficas.....	28
Apêndice 1: Modelo do questionário.....	34
Apêndice 2: Informação e consentimento informado aos participantes.....	41
Apêndice 3: Informação e consentimento informado aos coordenadores das USF/UCSP.....	42
Apêndice 4: Autorização da autora para utilização da versão portuguesa da GMSEX.....	50
Apêndice 5: Parecer favorável da Comissão de Ética da ARS Centro.....	51

Índice de Ilustrações

Tabela 1: Caracterização da amostra pelas USF/UCSP colaborantes no estudo.....	14
Tabela 2: Caracterização sociodemográfica da amostra.....	15
Tabela 3: Caracterização clínica dos participantes.....	18
Tabela 4: Relação entre a pontuação da GMSEX e as diferentes variáveis.....	19
Gráfico 1: Frequência da percepção subjetiva de disfunções sexuais.....	17

Abreviaturas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ADOs – Antidiabéticos orais

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DM – Diabetes *mellitus*

DM2 – Diabetes *mellitus* tipo 2

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

GMSEX – Medida Global de Satisfação Sexual

SS – Satisfação sexual

IS – Insatisfação sexual

IMC – Índice de Massa Corporal

USF – Unidade de Saúde Familiar

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UMA – Unidades Maço Ano

Resumo

Introdução: A diabetes *mellitus* apresenta um impacto negativo sobre a saúde sexual dos doentes, inclusive sobre a satisfação sexual. A falha no reconhecimento e na abordagem dos seus problemas sexuais, contribui para uma diminuição na qualidade de vida e menor aceitação do diagnóstico.

Objetivos: Os objetivos deste estudo foram determinar a prevalência de insatisfação sexual e averiguar quais os fatores que influenciam a mesma.

Materiais e Métodos: Foi realizado um estudo transversal observacional, com a colheita de dados realizada através de questionários em papel, elaborados após revisão da literatura, que abordavam a satisfação sexual e fatores que a possam influenciar, com recurso à escala Medida Global de Satisfação Sexual (GMSEX). Foram aplicados em 4 Unidades Funcionais da região Centro de Portugal, entre dezembro de 2017 e fevereiro de 2018. A população foi constituída por doentes com diabetes *mellitus* tipo 2, com mais de 18 anos e numa relação heterossexual. Os dados foram analisados recorrendo ao *software* estatístico SPSS[®], versão 24.0, tendo sido realizada estatística descritiva e inferencial (Teste T-student, Mann-Whitney, ANOVA e Kruskal-Wallis).

Resultados: Obtivemos 47 questionários válidos. A média de idades foi de 65±11 anos, sendo 74,5% do sexo masculino. Verificou-se uma prevalência de insatisfação sexual de 29,8%. Quanto à satisfação sexual, verificou-se que ser do sexo masculino ($p=0,048$), realizar menor número de terapêuticas não antidiabéticas ($p=0,027$), ter menor número de complicações da diabetes *mellitus* ($p=0,014$) e ausência de disfunções sexuais ($p=0,025$) se associa a maior satisfação sexual.

Discussão e Conclusão: As limitações deste estudo incluem o reduzido tamanho da amostra, o que limita a potência estatística e não permite a generalização dos resultados, e também o facto do estudo ser transversal, não se podendo inferir causalidade. O ponto forte deste

trabalho assenta no facto de ser original e pertinente. Conclui-se que ser do sexo feminino, realizar de >2 terapêuticas não antidiabéticas, apresentar complicações da diabetes *mellitus* e disfunções sexuais se associa a maior insatisfação sexual. Ao médico de família incumbe evitar a polimedicação, prevenir as complicações da diabetes *mellitus* e disfunções sexuais, e promover os autocuidados através da consciencialização dos impactos negativos da diabetes sobre a satisfação sexual. Serão necessários mais estudos para aferir se estes fatores podem influenciar para a satisfação sexual.

Palavras-Chave: Diabetes *mellitus*, tipo 2; Satisfação sexual; Fatores de risco; Comorbilidades; Complicações da Diabetes; Disfunções sexuais; Fármacos hipoglicemiantes; Médico de Família.

Abstract

Introduction: Diabetes mellitus has a negative impact on the sexual health of the patients, including on their sexual satisfaction. Failure to recognize and approach their sexual problems contributes to a decrease in the quality of life and less acceptance of the diagnosis.

Objectives: The aims of this study were to determine the prevalence of sexual dissatisfaction and to study the factors that influence it.

Materials and Methods: An observational cross-sectional study was accomplished, with data collection through the use of paper questionnaires, elaborated after review of the literature, which approached sexual satisfaction and factors that may influence it, using the Global Measure of Sexual Satisfaction (GMSEX) scale. They were applied in 4 functional units of the central region of Portugal between December 2017 and February 2018. The population included patients with type 2 diabetes mellitus, over 18 years of age and in a heterosexual relationship. Data was analyzed using statistical software SPSS[®], version 24.0, and descriptive and inferential statistics (Student's T-test, Mann-Whitney, ANOVA and Kruskal-Wallis) were performed.

Results: We obtained 47 valid questionnaires. The mean age was 65±11 years, being 74.5% male. There was a prevalence of sexual dissatisfaction of 29.8%. Regarding sexual satisfaction, it was found that being male ($p=0.048$), taking a lower number of non-antidiabetic drugs ($p=0.027$), having fewer complications of diabetes *mellitus* ($p=0.014$) and absence of sexual dysfunction ($p=0.025$) is associated with higher sexual satisfaction.

Discussion and Conclusion: This study's limitations include the small sample size, which limits the statistical power and does not allow the generalization of the results, and also because the study is transversal, it is difficult to infer causality. The work's strength is that it is original and relevant. We conclude that being female, taking non-antidiabetic drugs, having diabetes mellitus complications and sexual dysfunctions is associated with greater sexual

dissatisfaction. The family doctor is responsible for avoiding polymedication, preventing complications of diabetes mellitus and sexual dysfunction, and promoting self-care by raising awareness of the negative impacts of diabetes on sexual satisfaction. Further studies will be needed to gauge whether these factors may influence sexual satisfaction.

Keywords: Type 2, Diabetes mellitus; Sexual Satisfaction; Risk Factors; Comorbidities; Diabetes Complications; Sexual Dysfunctions; Hypoglycemic Drugs; Family Doctor.

Introdução

A diabetes *mellitus* (DM) afeta 0,5% a 2% da população mundial,¹ e a sua prevalência continua a aumentar, inclusive em países em vias de desenvolvimento.² Em 2015, a prevalência estimada da diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20-79 anos foi de 13,3%,³ porém, este cenário não tende a melhorar, ao estimar-se que em 2030, a prevalência da mesma aumente para 15,2%.²

Para além de complicações médicas e psicológicas, a DM tem também um impacto negativo sobre a saúde sexual dos doentes,^{1,4-10} não afetando apenas o funcionamento e viabilidade do coito, mas também as diferentes fases do ciclo da resposta sexual humana, nomeadamente o desejo, excitação, orgasmo e satisfação sexual (SS).^{8,9,11} O conceito “satisfação sexual” pertence ao campo da psicologia, e apresenta-se como sendo complexo, dispondo de numerosas definições pouco consensuais e muito vagas,^{12,13} havendo uma escassez e necessidade de indicadores mais específicos.¹³ Constitui um aspeto central da saúde sexual,^{14,15} e é também considerada um direito humano e condição essencial para uma boa qualidade de vida.^{6,16} É influenciada por múltiplas variáveis, nomeadamente características individuais, qualidade da relação amorosa, disfunções sexuais, suporte familiar e social, estatuto socioeconómico,^{6,17,18} funcionamento sexual, frequência das relações sexuais, comunicação sexual, satisfação com o relacionamento, intimidade física não sexual e intimidade emocional.^{13,19-23} Tem um carácter bidimensional, ao focar-se em processos diádicos e no bem-estar pessoal,¹³ advém essencialmente de experiências sexuais positivas e a sua diminuição não pode ser automaticamente atribuída à ausência de *performance* sexual, problemas do desejo sexual ou presença de disfunções sexuais.^{7,13,24}

Os doentes com DM tipo 2 (DM2) comumente apresentam uma SS diminuída.⁷ Estudos anteriores descreveram uma prevalência estimada de insatisfação sexual (IS) de 40-54% nos homens e 26-45% nas mulheres.^{7,11,25-28} Taloyan e colaboradores,²⁸ descreveram

uma prevalência total de IS de 49% em ambos os sexos. Estes dados são significativos, quando comparados com a prevalência de IS em indivíduos saudáveis, sendo esta 10% no sexo feminino e 14% no sexo masculino.⁷

Esta circunstância advém da conjugação das complicações médicas da DM (particularmente a neuropatia periférica e a insuficiência vascular),^{1,8} com os efeitos adversos da terapêutica medicamentosa^{1,10} e com as complicações psicológicas inerentes ao diagnóstico duma doença crónica.^{4,8,9,29,30} Este último apresenta ainda como consequências, uma alteração na dinâmica da relação com afeição da vida sexual do casal e consequentemente da SS de ambos os elementos,^{4,5,31} bem como uma baixa adesão à terapêutica antidiabética.³² Ao médico de família incumbe assim, o dever de apreender estas noções e transmiti-las ao doente, de forma a minimizar os impactos negativos deste problema. A falha no reconhecimento e na abordagem dos problemas sexuais destes doentes, poderá levar a uma diminuição na qualidade de vida e menor aceitação do diagnóstico.³² Daí a importância duma abordagem global, com conhecimento da totalidade das complicações da DM.

Que seja do nosso conhecimento, até à data poucos estudos realizados em Portugal abordaram esta temática,⁵ tendo a maioria se focado nas disfunções sexuais.^{33,34} Realça-se assim, a importância de realizar uma avaliação mais abrangente das consequências da DM sobre a sexualidade dos doentes, tendo como enfoque a componente satisfação sexual. Este estudo propõe assim: analisar a prevalência da insatisfação sexual dos doentes com DM2, e analisar a relação e o impacto de fatores sociodemográficos (sexo, idade, meio habitacional, nível de escolaridade, profissão), fatores clínicos (terapêutica realizada, comorbilidades, complicações da DM, disfunções sexuais, entre outros) e hábitos toxicológicos (hábitos etílicos, tabágicos e toxicómanos) sobre a mesma.

Materiais e Métodos

Foi realizado um estudo observacional, com componente analítica e transversal, tendo a colheita de dados ocorrido entre os meses de dezembro de 2017 e fevereiro de 2018, nas Unidades de Saúde Familiar (USF) Cruz de Celas e Rainha Santa Isabel, e nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) Fernão Magalhães e Mealhada, que integram o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Baixo Mondego, na Região Centro do País.

A recolha de dados foi efetuada através dum questionário elaborado para o efeito, com perguntas codificadas e perguntas abertas, num total de 27 perguntas que abordam dados sociodemográficos, clínicos e toxicológicos, anexado à escala “Medida Global de Satisfação Sexual” (GMSEX) (Anexo 1), uma escala de Likert de 7 pontos, que avalia a SS com base na apreciação subjetiva que cada pessoa faz da sua relação sexual atual, através de cinco itens que adjetivam a relação de forma bipolar. Esta apresenta utilidade tanto em termos clínicos como de investigação.⁶ A versão original da mesma foi submetida aos procedimentos habituais de tradução e retroversão para a língua portuguesa, por Pascoal e Narciso,¹⁵ que autorizaram a sua utilização neste estudo (Anexo 4). Os questionários foram aplicados no âmbito da consulta do doente diabético, tendo os utentes aceite participar após verificarem o cumprimento dos critérios de inclusão, dispostos no consentimento informado (Anexo 2). Estes incluíam: ter idade >18 anos, ser heterossexual, ser sexualmente ativo (com relações sexuais nos últimos 6 meses), ter uma relação sexual do tipo diádica, e estar numa relação monogâmica, independentemente do estado civil.

Relativamente à determinação do tamanho da amostra, uma vez que não dispúnhamos da prevalência da IS dos doentes com diabetes *mellitus* tipo 2 na população das USF/UCSP da região de Coimbra, baseámo-nos em dados semelhantes da literatura consultada.²⁸ A amostra populacional necessária para a realização do estudo foi calculada com recurso ao site

<http://www.raosoft.com/samplesize.html>, tendo-se obtido um total de 97 participantes necessários, utilizando um grau de confiança de 95% e um erro padrão de 10%.

Análise Estatística

Os questionários preenchidos foram revistos manualmente, as respostas abertas foram codificadas e classificadas pela técnica de análise de conteúdo e foi criada uma base de dados no *software* estatístico SPSS[®], versão 24.0, com posterior análise no mesmo. Relativamente à estatística descritiva, foram determinadas as frequências das variáveis quantitativas e qualitativas, e calculada a média e os desvios-padrão das variáveis quantitativas contínuas. A estatística inferencial comparou as diversas variáveis com a pontuação da GMSEX, de modo a verificar se havia diferenças entre cada uma e o grau de SS. Para comparações entre 2 grupos usou-se o teste T-student, para as variáveis que apresentavam distribuição normal, e o teste Mann-Whitney para as restantes. Para comparações entre 3 ou mais grupos usou-se a Análise de Variância (ANOVA) para as variáveis que apresentavam distribuição normal, e o teste Kruskal-wallis para as restantes. A significância estatística foi definida para um valor de $\rho < 0,05$.

Resultados

Colaboraram no estudo 4 USF/UCSP, tendo-se obtido um total de 47 questionários. 4 participantes responderam de forma incompleta, tendo os resultados sido incluídos na mesma, pelo fato de não comprometerem os resultados do estudo. O número de questionários obtido por cada USF/UCSP encontra-se disposto na Tabela 1.

Tabela 1: Caracterização da amostra pelas USF/UCSP colaborantes no estudo.

USF/UCSP colaborante	Nº de questionários obtidos
USF Cruz de Celas	5
UCSP Fernão Magalhães	24
USF Rainha Santa Isabel	1
UCSP Mealhada	17
Total	47

USF – Unidade de Saúde familiar; UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.

Caracterização sociodemográfica da amostra

Inicialmente, foram obtidos dados sociodemográficos de forma a fazer uma caracterização geral da amostra. Esta foi constituída por 47 doentes com DM2, com idade média de $65,06 \pm 10,815$ anos, compreendida entre os 36 e 89 anos, dos quais 74,5% eram do sexo masculino.

No que diz respeito à idade, foi escolhido o cut-off de 65 anos de modo a criar 2 grupos (<65 e ≥ 65 anos), não só pelo facto de ser o valor etário socialmente aceite como início da terceira idade, mas também porque foi esse o valor da média das idades da amostra populacional obtida, tal como mencionado acima.

Questionou-se o peso e altura dos participantes, com o posterior cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), de acordo com o sexo. Posteriormente, foram criados 2 grupos: os “Não obesos”, que incluiu os participantes com peso normal e excesso de peso, e os “Obesos”, que incluiu os participantes com obesidade de grau I, II e III. 2 participantes responderam de forma incompleta a uma destas questões, impossibilitando o cálculo do IMC

dos mesmos.

Ainda quanto ao nível de escolaridade houve um participante que também não respondeu.

É importante frisar que, os participantes foram também inquiridos acerca da sua nacionalidade, de modo a poder estudar eventuais diferenças étnicas. Contudo, excetuando 1 participante, todos os outros apresentavam nacionalidade portuguesa.

Toda a caracterização sociodemográfica encontra-se disposta na Tabela 2.

Tabela 2: Caracterização sociodemográfica da amostra.

Características	Frequência (n)	Percentagem (%)
Sexo		
Masculino	35	74,5%
Feminino	12	25,5%
Idade		
<65 anos	17	36,2%
≥65 anos	30	63,8%
Estado Civil		
Solteiro	2	4,3%
Casada(o)/União de facto	35	74,5%
Viúva(o)	6	12,8%
Divorciada(o)	4	8,5%
Duração do relacionamento atual		
<5 anos	5	10,6%
5-20 anos	9	19,1%
>20 anos	33	70,2%
Nº de parceiros sexuais		
1	24	51,1%
2-3	8	17%
>3	15	31,9%
IMC		
Não obesos (<18,5 – 29,9 Kg/m ²)	23	53,5%
Obesos (30 – ≥40 Kg/m ²)	20	46,5%
Meio habitacional		
Urbano	25	53,2%
Rural	22	46,8%
Nível de escolaridade		
Ensino básico	25	54,3%
Ensino secundário	14	30,4%
Ensino superior	7	15,2%
Profissão		
Reformada(o)	25	53,2%
Ativa(o)	18	38,3%
Doméstica	4	8,5%
Desempregada(o)	-	-

IMC – Índice de Massa Corporal.

Caracterização clínica

Realizou-se uma caracterização clínica geral dos participantes, indagando acerca de comorbidades, outras terapêuticas realizadas, hábitos alcoólicos e tabágicos. Ao mesmo tempo, tentou fazer-se uma caracterização minuciosa da DM, nomeadamente questionando acerca da existência de complicações e da perceção subjetiva de disfunções sexuais, entre outros. Os participantes foram também inquiridos acerca de hábitos toxicómanos, mas nenhum respondeu afirmativamente.

Quanto a respostas incompletas, houve 1 utente que não respondeu à questão “Costuma manter um bom controlo da glicémia?”.

Relativamente à prevalência de outras patologias, foi realizada a média, tendo-se obtido o valor $2,38 \pm 1,261$, com um mínimo de 1 e um máximo de 6. Assim, escolheu-se o número 2 como valor cut-off, criando-se 2 grupos: ≤ 2 comorbidades e > 2 comorbidades. Neste estudo, 28,2% dos participantes apresentavam hipertensão arterial; 22,7% apresentavam dislipidémia; 2,7% referiram ter patologia renal; 11,8% apresentavam patologia cardíaca; 9,1% patologia prostática; 2,7% patologia respiratória; 1,8% mencionaram ter patologia neoplásica; 7,3% depressão; 1,8% referiram ter outras patologias psiquiátricas; 5,5% apresentavam outra patologia, não mencionada no questionário; e 6,4% não apresentavam outra patologia para além da DM.

Quanto a outras terapêuticas realizadas que não a terapêutica antidiabética, foi realizada a média, tendo-se obtido o valor $2,21 \pm 1,398$, com um mínimo de 1 e um máximo de 5. Deste modo, escolheu-se o número 2 como cut-off, criando-se 2 grupos: ≤ 2 terapêuticas e > 2 terapêuticas. Relativamente às frequências, 27,3% dos participantes realizavam terapêutica com anti-hipertensores; 22,7% com estatinas; 13,6% com diuréticos; 9,1% com β -bloqueantes; 6,4% com antidepressivos; 2,7% com α -bloqueantes; 0,9% com antipsicóticos; 0,9% com anti-histamínicos; 10,9% realizam terapêutica com outro fármaco e apenas 5,5%

não realizavam outra terapêutica.

Os participantes foram questionados relativamente ao tipo de bebidas alcoólicas consumidas: 53,7% referiu o consumo de vinho; 11,1% disse beber cerveja e apenas 3,7% dos participantes manifestou consumir Whisky/brandy/conhaque/outras bebidas destiladas. Tentámos quantificar as Unidades de álcool/semana, mas muitos participantes responderam de forma incompleta. Obteve-se uma média de $8,7586 \pm 5,68$, com um valor mínimo de 3 e um valor máximo de 31,5 unidades de álcool/semana.

Tentámos também fazer uma quantificação das Unidades Maço Ano (UMA) dos fumadores, de modo a criar 2 grupos distintos consoante o valor médio obtido, e tentar estudar a existência de alguma relação entre a carga tabágica e a SS. Mas dada a baixa prevalência de participantes fumadores, não foi possível estudar essa associação.

As frequências da percepção subjetiva de disfunções sexuais estão apresentadas no Gráfico 1.

A restante caracterização clínica dos participantes encontra-se disposta na Tabela 3.

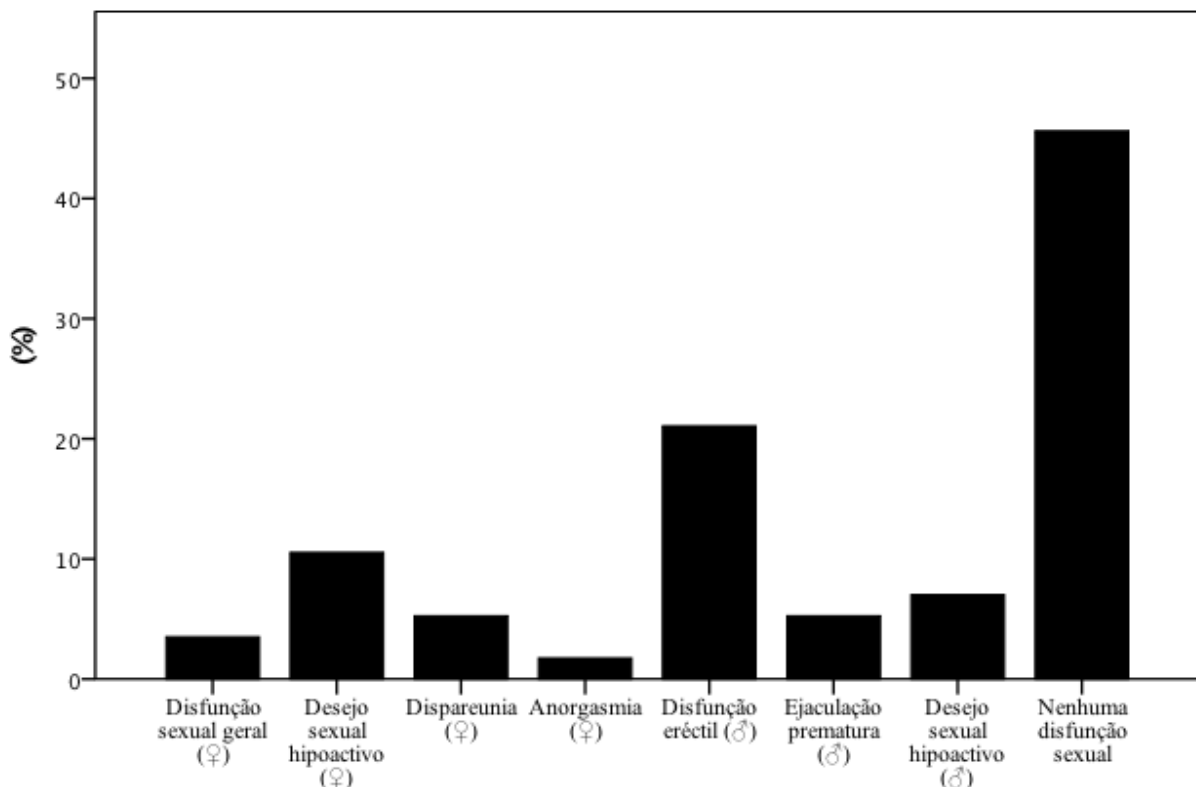


Gráfico 1: Frequência da percepção subjetiva de disfunções sexuais.

Tabela 3: Caracterização clínica dos participantes.

Características	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Nº de anos desde o diagnóstico de DM		
<5 anos	15	31,9%
5-20 anos	24	51,1%
>20 anos	8	17%
Mantém bom controle da glicemia		
Sim	34	73,9%
Não	12	26,1%
Terapêutica antidiabética realizada		
ADOs	36	76,6%
Insulina	1	2,1%
Ambos	10	21,3%
Nº de agentes antidiabéticos utilizados		
1	27	57,4%
2	16	34%
3	3	6,4%
4	1	2,1%
Nº de comorbilidades		
≤2 comorbilidades	30	63,8%
>2 comorbilidades	17	36,2%
Complicações da DM		
Nefropatia	4	7,4%
Neuropatia Periférica	11	20,4%
Retinopatia	8	14,8%
Outra complicação (AVC, EAM)	1	1,9%
Nenhuma complicação	30	55,6%
Hábitos etílicos		
Sim	28	59,6%
Não	19	40,4%
Hábitos tabágicos		
Sim	5	10,6%
Não	42	89,4%

ADOs – Antidiabéticos orais; AVC – Acidente vascular cerebral; DM – Diabetes *mellitus*; EAM – Enfarte agudo do miocárdio.

Associação entre a pontuação da GMSEX e as diferentes variáveis

Relativamente à pontuação da GMSEX, considerando que a pontuação número 4 se encontra no meio, assumimos que quem apresenta uma pontuação total >20 é sexualmente satisfeito, indivíduos com uma pontuação total = 20 encontram-se entre as 2 classificações, sendo a sua designação incerta, e quem apresenta uma pontuação total <20 é considerado sexualmente insatisfeito. Assim, observamos que 29,8% dos participantes no estudo apresentam IS.

Tabela 4: Relação entre a pontuação da GMSEX e as diferentes variáveis.

Variáveis	Pontuação da GMSEX	
	Média (mediana)	ρ
Sexo		
Masculino	25,9	0,048
Feminino	21	
Idade		
<65 anos	25,41	0,17
≥65 anos	23,27	
Duração do relacionamento atual		
<5 anos	(29,10)	0,233
5-20 anos	(26,89)	
>20 anos	(22,44)	
Nº de parceiros sexuais		
1	23,21	0,344
2-3	24,13	
>3	25,33	
IMC		
Não obesos	24,91	0,162
Obesos	22,65	
Meio habitacional		
Urbano	23,12	0,182
Rural	25,09	
Nível de Escolaridade		
Ensino básico	22,46	0,415
Ensino secundário	25,18	
Ensino superior	23,86	
Nº anos desde o diagnóstico		
<5 anos	24,87	0,405
5-20 anos	23,96	
>20 anos	22,75	
Controlo da glicemia		
Sim	24,24	0,275
Não	22,75	
Agentes antidiabéticos utilizados		
ADOs	25,06	0,05
ADOs+Insulina	20,70	
Nº de agentes antidiabéticos utilizados		
1	24,30	0,492
2	23,81	
3	22,67	
Nº de comorbilidades		
≤2 comorbilidades	24,43	0,316
>2 comorbilidades	23,35	
Nº de outras terapêuticas		
≤2 terapêuticas	25,81	0,027
>2 terapêuticas	21,65	
Complicações da DM		
Sim	20,60	0,014
Não	25,67	
Percepção da existência de disfunções sexuais		
Sim	(19,02)	0,025
Não	(28,02)	
Hábitos etílicos		
Sim	24,21	0,424
Não	23,79	
Hábitos tabágicos		
Sim	22,20	0,279
Não	24,26	

ADOs – Antidiabéticos Orais; DM- Diabetes *mellitus*; IMC – Índice de Massa Corporal.

Discussão

O presente estudo demonstrou uma prevalência de insatisfação sexual (IS) nos doentes com DM2 de 29,8%, resultado inferior ao 49% descrito por Taloyan e colaboradores.²⁸ Contudo, devido ao diminuto tamanho da amostra, muito aquém do valor desejado, a generalização dos resultados à população diabética portuguesa não é possível, devendo estes resultados ser considerados como indicativos.

Verificou-se uma diferença estatística da satisfação sexual (SS) consoante o sexo ($p=0,048$), com os homens a apresentar maior SS. Os resultados encontrados na literatura referentes a indivíduos saudáveis são controversos, alguns são concordantes com o nosso,^{5,6,35} outros afirmam o contrário,^{6,7,36} e ainda outros afirmam não existir diferenças.^{6,37} Uma possível explicação reside no facto das escalas de avaliação da SS utilizarem itens que privilegiam aspetos físicos das relações sexuais (mais valorizado pelo sexo masculino), enquanto outros privilegiam aspetos relacionais (mais valorizado pelo sexo feminino), com consequente impacto nos resultados.^{6,38,39} Contudo, a GMSEX ao ser abrangente, não privilegia nenhum sexo, podendo o nosso resultado dever-se apenas a termos uma amostra do sexo feminino muito pequena.

Não encontramos diferença estatisticamente significativa entre a idade e a SS ($p=0,17$), mas atentando às médias, pode-se afirmar que existe uma tendência para os mais velhos apresentarem maior IS. No geral, a prevalência das disfunções sexuais aumenta com a idade,^{6,28,40,41} e embora a sua presença não implique IS, poderá contribuir para um declínio da função sexual e consequentemente da satisfação.^{6,7,42} Também há um aumento na prevalência de patologias crónicas e da polimedicação, com efeitos adversos sobre o funcionamento sexual,^{32,43} e existem fatores psicossociais, alterações hormonais e bioquímicas que acabam por afetar a mesma.²⁸ Todavia, alguns estudos não verificaram esta associação.^{7,42,44}

Quanto ao IMC, também não verificámos diferença estatisticamente significativa com

a SS ($\rho=0,162$), mas o grupo “Não obesos” apresentou maior SS, tal como se observa na literatura.^{45,46} Para além da própria obesidade, e das patologias crónicas que a acompanham afetarem o funcionamento sexual,^{1,41,47-49} também a baixa autoestima e a insegurança com a aparência física apresentam um impacto negativo na frequência das relações sexuais e na SS.^{6,45} Foi comprovado que a perda ponderal associa-se a melhor função sexual.⁴⁶

A variável “número de anos desde o diagnóstico”, não apresentou diferença estatisticamente significativa com a SS ($\rho=0,405$), mas existe uma tendência para haver maior IS, conforme o tempo de doença. Este resultado poder-se-á dever a um maior dano neurovascular cumulativo. Aliás, a duração da DM2 é determinante no risco de desenvolver disfunções sexuais.⁵⁰ Por outro lado, Pereira e colaboradores,⁵ fazem uma análise interessante, ao afirmarem que doentes com diagnóstico realizado há menos tempo apresentam maior IS, por possuírem conceitos mais disfuncionais relativamente às alterações da sua função sexual, enquanto os outros tiveram tempo para apreender mais informação acerca das alterações verificadas na sexualidade, e ter-se-ão adaptado melhor às mesmas. Seria interessante avaliar esta relação em estudos futuros, dada a discordância verificada.

Quanto ao controlo da glicémia, não verificámos diferença estatisticamente significativa ($p=0,275$), contudo quem afirma ter um bom controlo, tendencialmente tem maior SS. Este resultado vai de encontro à literatura, uma vez que o mau controlo associa-se a maior risco de desenvolver complicações da DM e disfunções sexuais.^{1,25,29,41}

Relativamente aos agentes antidiabéticos utilizados (ADO vs. Insulina), apenas se comparou quem realiza terapêutica hipoglicemiante exclusiva com ADO, com quem usa os 2 agentes, pelo facto de apenas 1 participante realizar terapêutica exclusiva com insulina. Não houve diferença estatisticamente significativa ($\rho=0,05$), porém pode-se observar uma tendência para quem realiza terapêutica exclusiva com ADOs apresentar maior SS. Este resultado é concordante com Copeland e colaboradores,²⁵ embora não se perceba bem o

porquê. Uma possível explicação será que os doentes com DM2 a realizar terapêutica com insulina, terão à partida pior controlo glicémico, com maior dano neuro-vascular, isto porque, a insulina só é administrada a estes doentes quando existe um diagnóstico recente, com hiperglicemia muito marcada, ou quando a terapêutica com ADOs não é suficiente para haver uma adequada compensação metabólica. Sugere-se que em estudos futuros se estude a influência da insulina sobre a SS. Ainda, quanto ao número de ADOs utilizados, também não houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,492$), mas observou-se uma tendência para maior IS, à medida que aumenta o número de ADOs realizados. Sabe-se que a medicação hipoglicemiante melhora o funcionamento sexual dos doentes diabéticos, ao mitigar o dano microvascular causado pela hiperglicemia.^{32,40} Uma possível explicação é que quem faz mais ADOs apresentará, à partida, um pior controlo glicémico. Por outro lado, quanto maior o número de fármacos utilizados, pior a adesão terapêutica, favorecendo também um pior controlo.

Tentou-se ainda verificar uma possível associação entre alguns ADOs mais prescritos e a SS, mas a frequência das respostas obtidas não permitiu a sua realização.

Quanto ao número de comorbilidades e outras terapêuticas realizadas, não se observou diferença estatisticamente significativa relativamente ao primeiro ($p=0,316$), embora se tenha verificado uma tendência a haver menor SS no grupo “>2 comorbilidades”. Houve sim, diferença entre o número de outras terapêuticas realizadas e a SS ($p=0,027$), com o grupo que realiza >2 terapêuticas a apresentar uma menor SS. Estes resultados são concordantes com a literatura. Muitas das comorbilidades coexistentes com a DM constituem também doenças crónicas, que contribuem de forma semelhante para o aumento do risco de disfunções sexuais e de IS.^{4,6,9,43,48} Também os fármacos utilizados no tratamento das mesmas, particularmente os anti-hipertensores e antilipidémicos, constituem uma etiologia iatrogénica dos problemas sexuais,^{1,32,43,51} não só devido aos efeitos adversos na função sexual, mas também

por poderem contribuir para uma pior adesão à terapêutica antidiabética, dado o grande número de terapêuticas realizadas. É de salientar que, uma vez que existe uma concomitância entre a presença de outras patologias e a realização de terapêuticas para as mesmas, estaríamos à espera de obter resultados concordantes. Porém, esta discrepância poderá ser explicada pela maior disparidade entre os grupos que compõem a variável “Outras comorbidades” em comparação com a “Outras terapêuticas”. Em estudos futuros seria interessante estudar o impacto de cada uma das outras patologias e terapêuticas abordadas no nosso questionário, sobre a SS dos doentes diabéticos.

Houve diferença estatisticamente significativa entre a existência de complicações da DM e a SS ($\rho=0,014$). Copeland e colaboradores,²⁵ também verificam a mesma diferença, sugerindo que a existência de complicações da DM contribuirá para uma pior qualidade de vida, com menor frequência de atividade sexual e conseqüentemente menor SS. A neuropatia periférica foi a complicação mais relatada pela nossa amostra (20,4%), sendo já conhecida a sua implicação no desenvolvimento de disfunções sexuais tanto no homem como na mulher com DM2.^{1,25,41}

Relativamente à percepção individual da existência de disfunções sexuais, também se verificou diferença estatisticamente significativa ($\rho=0,025$), com o grupo que negou ter disfunções sexuais a apresentar maior SS. Estes resultados vão de encontro ao expectável, já que um bom funcionamento sexual prediz uma elevada SS.⁶ Contudo, é importante realçar que a existência de disfunções sexuais não implica necessariamente que haja uma IS,⁷ já que a SS surge como o fruto do relacionamento intrincando entre as diversas variáveis já mencionadas.^{6,13,17,18} Seria interessante ter percebido a relação temporal entre as queixas de disfunções sexuais apresentadas e o diagnóstico de DM, deixando esta sugestão para estudos futuros.

Relativamente ao consumo de álcool ($\rho=0,424$) e tabaco ($\rho=0,279$), não se verificaram

diferenças estatisticamente significativas. Observou-se, no entanto, que os participantes com consumos regulares de bebidas alcoólicas apresentam tendencialmente maior SS. Este resultado poderá ser explicado pelo facto da amostra populacional neste estudo ter tido pequenas dimensões, e a IS verificada nos 40,4% que nega o consumo de álcool, poder dever-se apenas às características da própria amostra. Visto que o consumo de álcool apresenta um impacto sobre o funcionamento sexual aquando de longa duração e em excesso,^{1,41} dever-se-iam ter testado estas hipóteses. Quanto aos hábitos tabágicos, verificou-se que os participantes não fumadores apresentam maior SS. Este resultado é concordante com o verificado na literatura, pois o tabaco afeta grandemente o funcionamento sexual.^{1,41,52,53} É necessário alertar para o facto de apenas 10 participantes serem fumadores, podendo os resultados ser o reflexo disso. Contudo, muitos dos participantes eram ex-fumadores, pelo que seria interessante comparar os fumadores e os ex-fumadores, de modo a perceber se existe algum benefício em deixar de fumar.

Relativamente às outras variáveis sociodemográficas, não foi demonstrada nenhuma diferença estatisticamente significativa. Quanto à duração do relacionamento ($\rho=0,233$), verificámos uma diminuição gradual da SS à medida que aumenta a duração do mesmo, tal como se verifica na literatura.^{6,54,55} Isto poderá ser explicado por, inicialmente, existir um processo de descoberta, ou um “investimento”, em compreender e conhecer as necessidades e desejos de ambos os elementos do casal, com maiores níveis de SS.⁵⁵ Com o passar do tempo este processo tende a estagnar, há uma diminuição da paixão, divergência dos desejos, diminuição da frequência de relações sexuais e conseqüentemente diminuição da SS.^{54,55} Relativamente ao número de parceiros sexuais ($\rho=0,344$), verificámos uma tendência de maior SS, quanto maior o número, o que vai contra os resultados de Heiman e colaboradores.^{6,20} Estes afirmam que indivíduos com maior número de parceiros sexuais ao longo da vida apresentam necessidades e desejos difíceis de serem plenificados, ou alternativamente, por

terem uma experiência sexual muito diversificada, apresentam também um nível de exigência difícil de ser alcançado. Sugerimos, contudo, que mais estudos sejam realizados para se compreender esta associação. Quanto ao meio habitacional ($\rho=0,182$), quem reside em meio rural apresenta tendência a maior SS.⁵⁶ Uma possível explicação reside no facto da população rural apresentar uma maior satisfação com a vida e, segundo Desai e Patoliya, consequente maior SS.⁵⁷ A vida rural também apresenta menor stress quotidiano, menor incidência de doenças psiquiátricas e menores hábitos toxicológicos,⁵⁸ fatores reconhecidamente responsáveis por diminuir a SS.^{1,4-6,9,41} Relativamente ao nível de escolaridade ($\rho=0,415$), observou-se um aumento concomitante da SS com o grau de formação, tal como se verifica na literatura.^{5,6,42} A explicação reside no facto de indivíduos com menor formação apresentarem mais conceitos disfuncionais relativos à sua sexualidade, e terem menor acesso a recursos e informação adequada sobre a mesma. Indivíduos com maior nível educacional, apresentam também maior abertura comunicacional, e preocupam-se em compreender e atender às necessidades e desejos do parceiro.⁵⁴ Contudo, este achado não se verificou da forma gradual pretendida, com o ensino secundário a apresentar uma tendência a maiores níveis de SS, invés do ensino superior, o que poderá ser explicado por apenas 15,2% da nossa amostra possuir o último nível educacional.

Este estudo apresentou várias limitações. Em primeiro lugar, os critérios de pesquisa, porque só foi possível ler literatura portuguesa e inglesa. Também o reduzido tamanho da amostra, possivelmente explicado pela recusa por parte de algumas USF/UCSP em participar, devido a tratar-se dum tema delicado. A amostra populacional obtida não apresentou grande variedade etária, havendo uma baixa prevalência de indivíduos mais jovens, e o mesmo se verificou em relação aos sexos, observando-se um maior constrangimento e recusa em participar por parte do sexo feminino. Por fim, a GMSEX acabou por limitar a seleção de indivíduos a um tipo de orientação sexual e estrutura de relacionamento específica e

constante, não abrangendo a diversidade e complexidade sexual que existe hoje em dia, por este motivo, sugerimos que estudos futuros englobem esta diversidade, de forma a haver uma compreensão mais adequada da SS dos doentes com DM2.

Concluindo, verificámos que a realização de >2 terapêuticas não antidiabéticas, a existência de complicações da diabetes e de disfunções sexuais contribuem para a insatisfação sexual dos doentes com DM2. Realça-se assim a importância do papel interventivo do médico de família, que deverá fornecer informação adequada sobre a sexualidade na diabetes *mellitus*, de forma a promover autocuidados através da consciencialização dos impactos negativos da mesma sobre a função sexual. Também deverá haver uma adequação de toda a terapêutica realizada pelos doentes, no sentido de evitar a polimedicação, e deverá ainda haver uma atuação ao nível da prevenção das complicações diabéticas e das disfunções sexuais. Sugerimos também, que a obtenção dum IMC adequado, cessação tabágica, bom controlo glicémico e preferência pela medicação antidiabética em associações de comprimido único, poderão contribuir para maiores níveis de SS nos doentes diabéticos.

Agradecimentos

A todos os participantes e profissionais de saúde, que despenderam do seu tempo para tornar este projeto possível.

Aos meus pais e ao meu irmão, pelo amor e apoio incondicional.

À Mariana, que partilhou as incertezas, angustias e receios desde o primeiro dia, tornando esta jornada mais fácil.

Ao Dr. Pedro Simões, meu co-orientador, pelos ensinamentos, paciência e profissionalismo.

A sua presença foi fundamental para a concretização deste projeto.

E por fim, ao Professor Doutor José Augusto Simões, meu orientador, que me acolheu quando ninguém quis, e sem o qual este trabalho não existia. Agradeço a motivação, encorajamento, profissionalismo e disponibilidade.

Conflitos de interesse: Os autores declaram não terem quaisquer conflitos de interesse relativamente a este estudo.

Referências Bibliográficas

1. Kizilay F, Gali HE, Serefoglu EC. Diabetes and Sexuality. *Sex Med Rev.* 2017;5(1):45–51.
2. Whiting DR, Guariguata L, Weil C, Shaw J. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract.* 2011;94(3):311–21.
3. Diabetes ON da. Portuguese Diabetes Society (2016) Diabetes: Factos e Números 2015: Relatório Anual do Observatório Nacional de Diabetes. 2016. 68 p.
4. McInnes RA. Chronic illness and sexuality. *Med J Aust.* 2003;179(5):263–6.
5. Pereira MG, Marques O, Rodrigues Â, Santos J, Pedras S. Sexual Satisfaction in Patients with Diabetes Type 2 and Their Partners. 2016;6.
6. Sánchez-Fuentes M del M, Santos-Iglesias P, Sierra JC. A systematic review of sexual satisfaction. *Int J Clin Heal Psychol.* 2014;14(1):67–75.
7. Pedersen MB, Giraldi A, Kristensen E, Lauritzen T, Sandbæk A, Charles M. Prevalence of sexual desire and satisfaction among patients with screen-detected diabetes and impact of intensive multifactorial treatment: results from the ADDITION-Denmark study. *Scand J Prim Health Care.* 2015;33(1):3–10.
8. A Siddiqui M, Ahmed Z, Ahmed Khan A. Psychological Impact on Sexual Health among Diabetic Patients: a Review. *Int J Diabetes Res.* 2012;1(2):28–31.
9. Gandhi J, Dagur G. Effect of Diabetes Mellitus on Sexual Arousal and Intercourse. *Transl Biomed.* 2016;7(2):2–5.
10. Al-Kuraishy HM, Al-Gareeb AI. Erectile dysfunction and low sex drive in men with type 2 DM: The potential role of diabetic pharmacotherapy. *J Clin Diagnostic Res.* 2016;10(12):FC21-FC26.
11. Burke JP, Jacobson DJ, McGree ME, Nehra A, Roberts RO, Girman CJ, et al. Diabetes

- and Sexual Dysfunction: Results From the Olmsted County Study of Urinary Symptoms and Health Status Among Men. *J Urol*. 2007;177(4):1438–42.
12. McClelland SI. Intimate Justice: A Critical Analysis of Sexual Satisfaction. *Soc Personal Psychol Compass*. 2010;4(10):663–80.
 13. Pascoal PM, Narciso IDSB, Pereira NM. What is sexual satisfaction? Thematic analysis of lay people's definitions. *J Sex Res*. 2014;51(1):22–30.
 14. Edwards WM, Div M, Coleman E, Ph D. Defining Sexual Health : A Descriptive Overview. 2004;33(3):189–95.
 15. Pascoal P, Narciso I, Pereira NM, Ferreira AS. Processo de Validação da Global Measure of Sexual Satisfaction em Três Amostras da População Portuguesa. *Psicol reflexão e crítica*. 2013;26(4):691–700.
 16. World Health Organization. Measuring sexual health : Conceptual and practical considerations. WHO Publ. 2010;
 17. Bronfenbrenner U. Ecological models of human development. Vol. 3, Readings on the development of children. 1994. p. 37–43.
 18. Henderson AW, Lehavot K, Simoni JM. Ecological models of sexual satisfaction among lesbian/bisexual and heterosexual women. *Arch Sex Behav*. 2009;38(1):50–65.
 19. Sandra Byers E. Beyond the birds and the bees and was it good for you?: Thirty years of research on sexual communication. *Can Psychol*. 2011;52(1):20–8.
 20. Heiman JR, Long JS, Smith SN, Fisher WA, Sand MS, Rosen RC. Sexual satisfaction and relationship happiness in midlife and older couples in five countries. *Arch Sex Behav*. 2011;40(4):741–53.
 21. McNulty JK, Fisher TD. Gender differences in response to sexual expectancies and changes in sexual frequency: A short-term longitudinal study of sexual satisfaction in newly married couples. *Arch Sex Behav*. 2008;37(2):229–40.

22. Rubin H, Campbell L. Day-to-day changes in intimacy predict heightened relationship passion, sexual occurrence, and sexual satisfaction: A dyadic diary analysis. *Soc Psychol Personal Sci.* 2012;3(2):224–31.
23. Smith A, Lyons A, Ferris J, Richters J, Pitts M, Shelley J, et al. Sexual and Relationship Satisfaction Among Heterosexual Men and Women : The Importance of Desired Frequency of Sex Sexual and Relationship Satisfaction Among Heterosexual Men and Women : The Importance of Desired Frequency of Sex. *J Sex Marital Therapy.* 2011;715(November 2015):104–15.
24. Ali RMA, Hajeri RM Al, Khader YS, Shegem NS, Ajlouni KM. Sexual dysfunction in jordanian diabetic women. *Diabetes Care.* 2008;31(8):1580–1.
25. Copeland KL, Brown JS, Creasman JM, Van Den Eeden SK, Subak LL, Thom DH, et al. Diabetes Mellitus and Sexual Function in Middle-Aged and Older Women. *Obstet Gynecol.* 2012;120(2, Part 1):331–40.
26. Erol B, Tefekli A, Ozbey I, Salman F, Dincag N, Kadioglu A, et al. Sexual dysfunction in type II diabetic females: a comparative study. *J Sex Marital Ther.* 2002;28 Suppl 1(July 2015):55–62.
27. Mezones-Holguin E, Blümel JE, Huezo M, Vargas R, Castro J, Córdova W, et al. Impact of diabetes mellitus on the sexuality of Peruvian postmenopausal. *Gynecol Endocrinol.* 2008;24(8):470–4.
28. Taloyan M, Wajngot A, Johansson S-E, Tovi J, Sundquist J. Ethnic differences in dissatisfaction with sexual life in patients with type 2 diabetes in a Swedish town. *BMC Public Health.* 2010;10(1):536.
29. Enzlin P, Mathieu C, Vanderschueren D, Demyttenaere K. Diabetes Mellitus and Female Sexuality : a Review of 25 Years ' Research. 1998;809–15.
30. Giraldi A, Kristensen E. Sexual dysfunction in women with diabetes mellitus. *J Sex*

- Res. 2010;47(2–3):199–211.
31. Wändell PE, Brorsson B. Assessing sexual functioning in patients with chronic disorders by using a generic health-related quality of life questionnaire. *Qual Life Res.* 2000;9(10):1081–92.
 32. Lindau ST, Tang H, Gomero A, Vable A, Huang ES, Drum ML, et al. Sexuality among middle-aged and older adults with diagnosed and undiagnosed diabetes: A national, population-based study. *Diabetes Care.* 2010;33(10):2202–10.
 33. Castela Â, Costa C. Molecular mechanisms associated with diabetic endothelial–erectile dysfunction. *Nat Rev Urol.* 2016;13(5):266–74.
 34. Teles AG, Carreira M, Alarcão V, Aragüés JM, Lopes L, Mascarenhas M, et al. Prevalence, severity, and risk factors for erectile dysfunction in a representative sample of 3,548 Portuguese men aged 40 to 69 years attending primary healthcare centers: Results of the Portuguese erectile dysfunction study. *J Sex Med.* 2008;5(6):1317–24.
 35. Rehman US, Rellini AH, Fallis E. The importance of sexual self-disclosure to sexual satisfaction and functioning in committed relationships. *J Sex Med.* 2011;8(11):3108–15.
 36. Ji J, Norling AM. Sexual satisfaction of married urban chinese. *J Dev Soc.* 2004;20(1–2):21–38.
 37. McClelland SI. Who is the self in self reports of sexual satisfaction research and policy implications. *Sex Res Soc Policy.* 2011;8(4):304–20.
 38. Lawrance K, Byers ES. Development of the Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction in long-term relationships. *Can J Hum Sex.* 1995;1:123–8.
 39. Lawrance K, Byers ES. Sexual Satisfaction in Long-Term Heterosexual Relationships: The Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction. *J. Soc. Pers. Relatash.* 1995; 2:267-285.

40. Romeo JH, Seftel AD, Madhun ZT, Aron DC. Sexual function in men with diabetes type 2: association with glycemic control. *J Urol*. 2000;163(3):788–91.
41. Binmoammar TA, Hassounah S, Alsaad S, Rawaf S, Majeed A. The impact of poor glycaemic control on the prevalence of erectile dysfunction in men with type 2 diabetes mellitus: a systematic review. *JRSM open*. 2016;7(3):2054270415622602.
42. Nowosielski K, Droszol A, Sipiński A, Kowalczyk R, Skrzypulec V. Diabetes mellitus and sexuality - does it really matter? *J Sex Med*. 2010;7(2 PART 1):723–35.
43. DeLamater J, Hyde JS, Fong MC. Sexual satisfaction in the seventh decade of life. *J Sex Marital Ther*. 2008;34(5):439–54.
44. Young M, Denny G, Young T, Luquis R. Sexual Satisfaction Among Married Women. *Am J Health Stud*. 2000;16(2):73.
45. Griebing TL. Re: Bigger is not always better: The effect of obesity on sexual satisfaction and behavior of adult men in the United States: Editorial comment. *J Urol*. 2014;191(6):1843.
46. Kolotkin RL, Zunker C, Ostbye T. Sexual functioning and obesity: A review. *Obesity*. 2012;20(12):2325–33.
47. Ginsberg HN, Maccallum PR. The obesity, metabolic syndrome, and type 2 diabetes mellitus pandemic: Part I. Increased cardiovascular disease risk and the importance of atherogenic dyslipidemia in persons with the metabolic syndrome and type 2 diabetes mellitus. *J Cardiometab Syndr*. 2009;4(2):113–9.
48. Owiredu WK, Amidu N, Alidu H, Sarpong C, Gyasi-Sarpong CK. Determinants of sexual dysfunction among clinically diagnosed diabetic patients. *Reprod Biol Endocrinol*. 2011;9(1):70.
49. Nowosielski K, Skrzypulec-Plinta V. Mediators of Sexual Functions in Women with Diabetes. *J Sex Med*. 2011;8(9):2532–45.

50. Maiorino MI, Bellastella G, Esposito K. Diabetes and sexual dysfunction: Current perspectives. *Diabetes, Metab Syndr Obes Targets Ther.* 2014;7:95–105.
51. Crenshaw T GJ. *Sexual Pharmacology: Drugs that Affect Sexual Function.* New York, WW Norton. 1996;
52. EL-SAKKA AI, TAYEB KA. Erectile Dysfunction Risk Factors in Noninsulin Dependent Diabetic Saudi Patients. *J Urol.* 2003;169(3):1043–7.
53. Cao S, Yin X, Wang Y, Zhou H, Song F, Lu Z. Smoking and Risk of Erectile Dysfunction: Systematic Review of Observational Studies with Meta-Analysis. *PLoS One.* 2013;8(4).
54. Rainer H, Smith I. Education, Communication and Wellbeing: An Application to Sexual Satisfaction. *Kyklos.* 2012;65(4):581–98.
55. Schmiedeberg C, Schröder J. Does Sexual Satisfaction Change With Relationship Duration? *Arch Sex Behav.* 2016;45(1):99–107.
56. Sørensen JFL. Rural–Urban Differences in Life Satisfaction: Evidence from the European Union. *Reg Stud.* 2014;48(9):1451–66.
57. Desai M, Patoliya H. Sexual Stisfaction and Life Satiafaction among Married Couples. *J. Indian Acad. Appl. Psychol.* 2012;38(3):265-270.
58. Monette M. Rural life hardly healthier. *CMAJ.* 2012;184(17):889–90.

Apêndice 1 – Modelo do Questionário



FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

A satisfação sexual do doente com Diabetes *mellitus* tipo 2

Identificação

1. Qual é o seu sexo?

Feminino

Masculino

2. Que idade tem?

3. Qual o seu estado civil?

Solteira(o)

Casada(o)/União de facto

Divorciada(o)

Viúva (o)

4. Qual a duração do seu relacionamento atual?

< 5 anos

5-20 anos

> 20 anos

5. Quantos parceiros sexuais já teve?

1

2-3

>3

6. Qual a sua nacionalidade?

Portuguesa

Brasileira

Cabo-verdiana

Ucraniana

Angolana

Romena

Outra

7. Qual a sua altura?

8. Qual o seu peso?

Questionário sociodemográfico

9. Em que meio habita?

Urbano

Rural

10. Qual o seu grau de escolaridade?

Ensino básico

Ensino secundário

Ensino superior

11. Qual a sua profissão?

Questionário clínico

12. Há quantos anos foi realizado o diagnóstico de Diabetes mellitus?

< 5 anos

5-20 anos

> 20 anos

13. Costuma manter um bom controlo da glicémia?

Sim

Não

14. Qual a terapêutica antidiabética que realiza? (sinalize ambas as opções caso se aplique)

Insulina

Antidiabéticos orais

15. Caso tenha sinalizado “antidiabéticos orais” na pergunta anterior, indique com qual/quais dos seguintes agentes realiza terapêutica?

Metformina (“Risidon”)

Glimepirida (“Amaryl”)

Gliclasida (“Diamicron”)

Glibenclamida (“Daonil”)

Clorpropramida (“Diabinese”)

16. Quantos medicamentos realiza para obter controlo da glicémia?

1

3

2

4

17. Que outras patologias apresenta?

Hipertensão arterial

Patologia prostática

Hipercolesterolemia

Patologia respiratória

Hipertrigliceridemia

Patologia neoplásica

Infeção HIV

Depressão

Patologia cardíaca

Outras patologias psiquiátrica

Patologia renal

Outra

18. Para além da terapêutica antidiabética, realiza terapêutica com algum destes agentes?

Contraceptivos orais (ex: “Diane 35”, “Gynera”, “Minesse”, “Miranova”

B-bloqueantes (ex: “Atenolol”, “Bisoprolol”, “Inderal”, “Artex”, ...)

α-bloqueantes (ex: “Alfuzosina”, “Doxasosina”, “Tansulosina”, ...)

Diuréticos (ex: “Lasix”, “Fludex”, “Hygroton”, “Aldactone”, ...)

Anti-hipertensores (ex: “Lasix”, “Captopril”, “Lisinopril”, “Candesartan”, “Valsartan”, ...)

Estatinas (ex: “Sinvastatina”, “Crestor”, “Atorvastatina”, ...)

Anti-depressivos (ex: “MSRM”, “Norterol”, “Fluoxetina”, “Sertralina”, ...)

Anti-psicóticos (ex: “Haldol”, “Largactil”, “Risperidona”, “Anatensol Decanoato”, ...)

Corticosteróides (ex: “Lepicortinolo”, “Decadron”, “Hidrocortisona”, “Celestone”,...)

Anti-histamínicos (ex: “Atarax”, “Viternum”, “Fenistil”, “Fenergan”, “Xyzal”, ...)

19. Apresenta alguma das seguintes complicações da Diabetes mellitus?

Nefropatia (“doença dos rins”)

Neuropatia (“formigueiro ou perda de sensibilidade nas pernas e/ou pés”)

Retinopatia (“doença dos olhos”)

Outra

20. Indique se apresenta o diagnóstico de alguma(s) das seguintes disfunções sexuais, de acordo com o seu sexo:

Sexo feminino: Disfunção sexual geral

Desejo sexual hipoativo

Dispareunia

Anorgasmia

Sexo masculino: Disfunção erétil

Ejaculação retrógrada

Ejaculação prematura

Desejo sexual hipoativo

21. Apresenta hábitos etílicos?

Sim

Não

22. Se respondeu “sim” à pergunta anterior, indique que bebidas alcoólicas costuma consumir?

Cerveja

Vinho

Cocktails

Licor/outras bebidas infusivas

Outras

Whisky/Brandy/Conhaque/ outras bebidas destiladas

23. Indique quantas vezes por semana consome álcool?

24. Apresenta hábitos tabágicos?

Sim

Não

25. Se respondeu “sim” à pergunta anterior, indique a **idade em que começou a fumar e quantos cigarros fuma por dia:**

Idade em que começou a fumar

Quantos cigarros fuma por dia

26. Apresenta hábitos toxicómanos?

Sim

Não

27. Se respondeu “sim” à pergunta anterior, indique qual/quais?

Cannabis

Cocaína

Heroína

LSD

Anfetaminas

Alucinogénios

Ecstasy

Opióides

Outro

MEDIDA GLOBAL DE SATISFAÇÃO SEXUAL¹

(Versão portuguesa de Pascoal & Narciso, 2006)

Na globalidade, como descreveria a sua **relação sexual** com o/ seu/sua companheiro/a? Para *cada* par de palavras abaixo, assinale o número que melhor descreve a vossa relação sexual como um todo.

Muito boa

7 6 5 4 3 2 1

Muito má

Muito agradável

7 6 5 4 3 2 1

Muito desagradável

Muito positiva

7 6 5 4 3 2 1

Muito negativa

Muito satisfatória

7 6 5 4 3 2 1

Muito insatisfatória

Muito importante

7 6 5 4 3 2 1

Muito irrelevante

¹ Versão portuguesa da GMSEX, de Lawrance & Byers (1998).

Apêndice 2 – Informação e consentimento informado aos participantes

Informação e Consentimento Informado

Como aluno do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, venho por este meio convidá-lo a participar no estudo referente ao tema: “Satisfação sexual do doente com Diabetes *Mellitus* tipo 2”, no contexto da elaboração do meu trabalho final de Mestrado.

Os objetivos do estudo são:

- Avaliar a satisfação sexual do doente diabético na cidade de Coimbra, identificando fatores físicos e psicológicos que possam estar envolvidos no seu eventual comprometimento.
- Definir estratégias de promoção da satisfação sexual, que possam ser aplicadas no âmbito da consulta do doente diabético, de modo a contribuir para o bem estar físico, mental e social destes pacientes.

Para tal, solicitava a sua colaboração no preenchimento do questionário que se segue. O questionário destina-se apenas a indivíduos que cumpram os seguintes critérios de inclusão:

- **Maiores de idade** (>18 anos);
- **Heterossexuais**;
- Com **vida sexual ativa** e do **tipo diádica**;
- Numa **relação monogâmica**, independentemente do estado civil.

O questionário é anónimo e confidencial. A sua participação é voluntária, podendo abandonar o seu preenchimento assim que desejar.

O questionário é breve. Para o seu preenchimento deve ler atentamente todas as questões e responder de acordo com o solicitado.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Francisco Rebelo.

Autorização

Eu, _____ (nome), li e decidi
participar no estudo “Título do estudo”.

Assinatura _____ Data: ___/___/___

Caso tenha alguma dúvida sobre o estudo – e-mail: franciscoalmeidarebelo@gmail.com; telemóvel: 917432325.

Apêndice 3 – Informação e consentimento informado aos Coordenadores das Unidades de Saúde

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Informação e Consentimento

Ex.^{ma} Sr.^a Coordenador(a) da Unidade de Saúde,

Como aluno do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, venho por este meio solicitar a sua colaboração no estudo referente ao tema – “A satisfação sexual do doente com Diabetes Mellitus tipo II”, no contexto da elaboração do meu trabalho final de Mestrado, sob orientação do Professor Doutor José Augusto Simões.

Para tal, solicitava a sua permissão para distribuir questionários nas instalações da Unidade de saúde. Estes questionários, de carácter voluntário, são dirigidos a doentes com Diabetes Mellitus tipo II. Pretende-se, assim, a sua distribuição no âmbito das consultas do doente diabético, numa sala privada, se possível, onde os doentes terão ao seu dispor uma caixa fechada com ranhura onde irão colocar o seu questionário após o seu preenchimento. O questionário é anónimo e confidencial.

Este trabalho tem como objectivos: avaliar a satisfação sexual do doente com Diabetes Mellitus tipo II na cidade de Coimbra, identificando factores físicos e psicológicos que possam estar envolvidos no seu eventual comprometimento. Também pretende, definir estratégias de promoção da satisfação sexual, que possam ser aplicadas no âmbito da consulta do doente diabético, de modo a contribuir para o bem estar físico, mental e social destes pacientes.

O questionário a utilizar neste estudo, bem como o protocolo para a distribuição dos questionários e o consentimento informado a entregar à população alvo encontram-se em anexo.

Estarei à disposição para o esclarecimento de eventuais dúvidas.

Sem outro assunto de momento, agradeço a atenção dispensada.

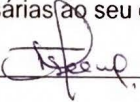
Francisco José Almeida Rebelo



Caso tenha alguma dúvida sobre o estudo - e-mail: franciscoalmeidarebelo@gmail.com;
Telemóvel: 917432325.

Eu, João Saavedra,
membro do conselho técnico da unidade de
saúde Cent de Celg

autorizo a distribuição dos questionários referentes ao estudo "A satisfação sexual do paciente com Diabetes mellitus tipo 2", e asseguro que serão criadas as condições locais necessárias ao seu desenvolvimento material e ético.

Assinatura  Data: 21/3/2018

Informação e Consentimento

Ex.^{ma} Sr.^a Coordenador(a) da Unidade de Saúde,

Como aluno do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, venho por este meio solicitar a sua colaboração no estudo referente ao tema – “A satisfação sexual do doente com Diabetes Mellitus tipo II”, no contexto da elaboração do meu trabalho final de Mestrado, sob orientação do Professor Doutor José Augusto Simões.

Para tal, solicitava a sua permissão para distribuir questionários nas instalações da Unidade de saúde. Estes questionários, de carácter voluntário, são dirigidos a doentes com Diabetes Mellitus tipo II. Pretende-se, assim, a sua distribuição no âmbito das consultas do doente diabético, numa sala privada, se possível, onde os doentes terão ao seu dispor uma caixa fechada com ranhura onde irão colocar o seu questionário após o seu preenchimento. O questionário é anónimo e confidencial.

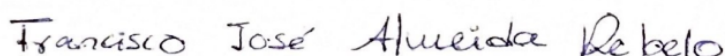
Este trabalho tem como objectivos: avaliar a satisfação sexual do doente com Diabetes Mellitus tipo II na cidade de Coimbra, identificando factores físicos e psicológicos que possam estar envolvidos no seu eventual comprometimento. Também pretende, definir estratégias de promoção da satisfação sexual, que possam ser aplicadas no âmbito da consulta do doente diabético, de modo a contribuir para o bem estar físico, mental e social destes pacientes.

O questionário a utilizar neste estudo, bem como o protocolo para a distribuição dos questionários e o consentimento informado a entregar à população alvo encontram-se em anexo.

Estarei à disposição para o esclarecimento de eventuais dúvidas.

Sem outro assunto de momento, agradeço a atenção dispensada.

Francisco José Almeida Rebelo



Caso tenha alguma dúvida sobre o estudo - e-mail: franciscoalmeidarebelo@gmail.com,
Telemóvel: 917432325.



Francisco José Almeida Rebelo

Eu, Inês Rosendo,
coordenador da unidade de
saúde USF Coimbra Centro

autorizo a distribuição dos questionários referentes ao estudo "A satisfação sexual do paciente com Diabetes mellitus tipo 2", e asseguro que serão criadas as condições locais necessárias ao seu desenvolvimento material e ético.

Assinatura Inês Rosendo Data: 19/12/17

Inês Rosendo, Dra.
Coordenadora
USF Coimbra Centro

Informação e Consentimento

Ex.^{ma} Sr.^a Coordenador(a) da Unidade de Saúde,

Como aluno do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, venho por este meio solicitar a sua colaboração no estudo referente ao tema – “A satisfação sexual do doente com Diabetes Mellitus tipo II”, no contexto da elaboração do meu trabalho final de Mestrado, sob orientação do Professor Doutor José Augusto Simões.

Para tal, solicitava a sua permissão para distribuir questionários nas instalações da Unidade de saúde. Estes questionários, de carácter voluntário, são dirigidos a doentes com Diabetes Mellitus tipo II. Pretende-se, assim, a sua distribuição no âmbito das consultas do doente diabético, numa sala privada, se possível, onde os doentes terão ao seu dispor uma caixa fechada com ranhura onde irão colocar o seu questionário após o seu preenchimento. O questionário é anónimo e confidencial.


Este trabalho tem como objectivos: avaliar a satisfação sexual do doente com Diabetes Mellitus tipo II na cidade de Coimbra, identificando factores físicos e psicológicos que possam estar envolvidos no seu eventual comprometimento. Também pretende, definir estratégias de promoção da satisfação sexual, que possam ser aplicadas no âmbito da consulta do doente diabético, de modo a contribuir para o bem estar físico, mental e social destes pacientes.

O questionário a utilizar neste estudo, bem como o protocolo para a distribuição dos questionários e o consentimento informado a entregar à população alvo encontram-se em anexo.

Estarei à disposição para o esclarecimento de eventuais dúvidas.

Sem outro assunto de momento, agradeço a atenção dispensada.

Francisco José Almeida Rebelo



Caso tenha alguma dúvida sobre o estudo - e-mail: franciscoalmeidarebelo@gmail.com,
Telemóvel: 917432325.



Francisco José Almeida Rebelo

Eu, ANA FERNES,
coordenador da unidade de
saúde MEZQUITA

autorizo a distribuição dos questionários referentes ao estudo "A satisfação sexual do paciente com Diabetes mellitus tipo 2", e asseguro que serão criadas as condições locais necessárias ao seu desenvolvimento material e ético.

Assinatura ANA FERNES Data: 5/17/17

Informação e Consentimento

Ex.^{mo}a Sr.^oa Coordenador(a) da Unidade de Saúde,

Como aluno do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, venho por este meio solicitar a sua colaboração no estudo referente ao tema – “A satisfação sexual do doente com Diabetes Mellitus tipo II”, no contexto da elaboração do meu trabalho final de Mestrado, sob orientação do Professor Doutor José Augusto Simões.

Para tal, solicitava a sua permissão para distribuir questionários nas instalações da Unidade de saúde. Estes questionários, de carácter voluntário, são dirigidos a doentes com Diabetes Mellitus tipo II. Pretende-se, assim, a sua distribuição no âmbito das consultas do doente diabético, numa sala privada, se possível, onde os doentes terão ao seu dispor uma caixa fechada com ranhura onde irão colocar o seu questionário após o seu preenchimento. O questionário é anónimo e confidencial.

Este trabalho tem como objectivos: avaliar a satisfação sexual do doente com Diabetes Mellitus tipo II na cidade de Coimbra, identificando factores físicos e psicológicos que possam estar envolvidos no seu eventual comprometimento. Também pretende, definir estratégias de promoção da satisfação sexual, que possam ser aplicadas no âmbito da consulta do doente diabético, de modo a contribuir para o bem estar físico, mental e social destes pacientes.

O questionário a utilizar neste estudo, bem como o protocolo para a distribuição dos questionários e o consentimento informado a entregar à população alvo encontram-se em anexo.

Estarei à disposição para o esclarecimento de eventuais dúvidas.

Sem outro assunto de momento, agradeço a atenção dispensada.

Francisco José Almeida Rebelo



Caso tenha alguma dúvida sobre o estudo - e-mail.franciscoalmeidarebelo@gmail.com,
Telemóvel: 917432325.



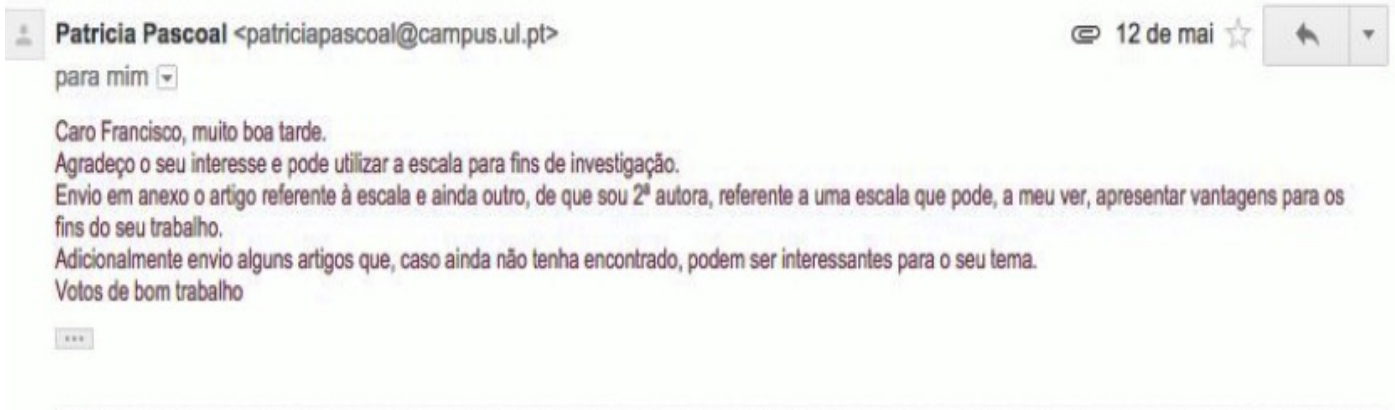
Francisco José Almeida Rebelo

Eu, Luís Filipe Gonçalves Rebelo,
coordenador da unidade de
saúde Faculdade de Medicina de Coimbra

autorizo a distribuição dos questionários referentes ao estudo "A satisfação sexual do paciente com Diabetes mellitus tipo 2", e asseguro que serão criadas as condições locais necessárias ao seu desenvolvimento material e ético.

Assinatura Luís Filipe Gonçalves Rebelo Data: 23/03/2018

Apêndice 4 – Autorização da autora para utilização da versão portuguesa da GMSEX



Apêndice 5 – Parecer favorável da Comissão de Ética da ARS Centro



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

PARECER FINAL: PARECER DESFAVORÁVEL PARECER FAVORÁVEL APÓS RESSUBMISSÃO, COM RESERVAS	DESPACHO: <i>Huedezdo Montenegro</i> <i>Fuzinho</i> <i>7-12-2017</i> Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P. <i>José Manuel Azeméis Torres</i> Presidente
--	---

ASSUNTO:

Estudo 49/2017

Satisfação sexual do doente com diabetes mellitus tipo II

Fuzinho
Dr. Luís Manuel Militão Mendes Coimbra
Vogal

Fuzinho
Dr. António Ruivo
Vogal

Trata-se de um estudo transversal por inquérito aos jovens, no âmbito da elaboração da tese em MIM da FMUC.

Não é enviado o inquérito a utilizar

Embora seja referida a confidencialidade e o anonimato, não são fornecidos elementos que permitam a sua análise

Será necessário que o proponente refira explicitamente:

- A metodologia de seleção dos respondentes e a justificação do quantitativo amostral
- Os procedimentos para assegurar a confidencialidade e o anonimato

Após ressubmissão:

O proponente responde às questões anteriormente colocadas (parecer favorável), embora permaneçam questões sobre a utilidade, a validade e a fiabilidade do estudo

Coimbra, 29 de novembro de 2017

P. Vitor Rodrigues
O Relator

(Prof. Dr. Vitor Rodrigues)

O Presidente da CES
F. Fontes Ribeiro

(Prof. Dr. Fontes Ribeiro)